

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0119/0488

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ankanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुका का नाम

Nadipanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kuvuvapalli, Pulichela Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhrapradesh

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

40,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Madhana	30	M	son
	Venkataramana	27	M	son
	Two Daughters		Married	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	DOV Left Eye
	LB - 2508 + 502

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED वही गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	



0488 0488
Ankanna Ankanna
Post op Post op

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाये यात्रा है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस फॉर्म में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए यात्रा के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ही राशि ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, प्रसारण/चित्र इत्यादि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दिये गये उद्देश्य के पूर्ण होने तक मैं अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दिये गये उद्देश्य के पूर्ण होने तक मैं अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं थंब प्रिंट



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

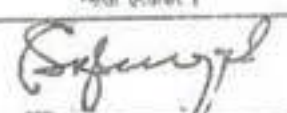
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने यहाँ घोषणा की है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें अपने उद्देश्य के लिए सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने की आवश्यकता होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरी रोगी द्वारा दिये गये उद्देश्य के पूर्ण होने तक मैं अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09/01/2019	 Dr. SHEETAL BALLAL Consultant (Name & Designation Stamp) B.W. Lings Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002	 Iyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) B.W. Lings Super Speciality Eye Hospital No. 5, J.C. Road, Bangalore - 560 002
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 